

Claude Léger

De l'avenir des dits schizophrènes

Il n'est pas rare, dans une chronique, que le chroniqueur s'adresse directement au lecteur, le prenne à témoin ou à partie, attire son attention, fasse de lui un interlocuteur passif, voire même captif, surtout s'il use de charmes tels que l'interjection vocative : « Ô lecteur... » et pourquoi pas : « Ô lecteur, mon frère... » J'en rajoute un peu, mais je cherche sinon la compassion, du moins la complicité, devant la perspective d'aller une fois encore à la rencontre de l'« immonde », seul et sans autre arme que ma plume sergent-major. C'est une métaphore guerrière plus parlante que « la souris de mon Mac ». Pour tout dire, enfin presque tout, j'éprouve une sorte d'indigestion – l'expression « ras le bol » trouve ici toute sa pertinence – à remuer la tambouille des TCC, de l'IRM et autres RV (réalité virtuelle). J'en viendrais presque à rechercher un programme psychoéducatif, diététique ou non, pour améliorer mon *insight*.

Or, c'est justement ce que propose l'institut Lilly : un programme institut Lilly-*insight* destiné aux patients schizophrènes volontaires, dans la phase initiale de leur maladie. Le problème est que j'aurai du mal à répondre aux critères d'entrée dans ce programme, même si je suis volontaire. Du reste, l'idée de volontariat des schizophrènes en phase initiale me laisse perplexe, car on m'a appris que l'un des traits de l'hébéphrénie consistait dans ce qu'on appelait l'oppositionnisme. Mais ce n'est pas grave, puisque les patients, « en période de stabilité symptomatique », sont sélectionnés et évalués au préalable par un psychiatre. Donc, mes chances de participer à un tel programme sont bien minces. Dommage, car le niveau de satisfaction globale est élevé : 8,09 / 10 pour les patients. Dommage aussi qu'on ne connaisse pas l'échantillon – le terme de cohorte ne serait sans doute pas très approprié.

Cela dit, la schizophrénie a de l'avenir. Ne décrit-on pas depuis quelques années les VLOSP : *very-late-onset schizophrenia-like psychosis*, les psychoses très tardives ressemblant à la schizophrénie. Il s'agit d'une trouvaille de R. Howard et coll. mise au jour dans l'*Am. J. Psychiatry* 2000, 157, 2, 172-178, sous la forme d'un consensus international, rien de moins. Attention : il ne s'agit pas de nos vieux schizophrènes vésaniques, qui terminent leurs jours en maison de retraite médicalisée. Il ne s'agit pas du tout des mêmes schizophrènes que les SDP âgés – ceux-ci sont des schizophrènes à début précoce, lesquels peuvent devenir déments tardivement. Non, les VLOSP ont un *insight* moins bon que celui des SDP vieilliss, ce qui, selon Howard et coll., diminue l'observance aux neuroleptiques et augmente ainsi le risque de rechute. Les schizophrènes sont un peu comme le vin, certains vieillissent bien, tandis que d'autres ne sont pas « de garde ». L'IRM va-t-elle nous éclairer, avec ses jolies couleurs ? « Les études de suivi neuro-psychologique semblent montrer qu'au bout de dix ans, une partie des sujets qui développeraient tardivement une psychose (autour de 65 ans) évolueraient vers la démence. »

Que de conditionnels ! Serait-ce en effet la démence due à une atteinte cérébro-vasculaire qui décompenserait une schizophrénie ayant une vulnérabilité prédisposante ? Mais cette atteinte ne semble pas toucher les circuits fronto-sous-corticaux impliqués dans la schizophrénie. Y aurait-il alors des circuits spécifiques à la VLOSP ? La VLOSP existe-t-elle ? L'a-t-on, mis à part Howard et coll., déjà rencontrée ? Rien n'est moins sûr, malgré tous les efforts magnétiquement imaginables qui ont prélué au consensus de 2000. La science n'attendant pas le nombre des années et la VLOSP ne créant pas de nouvelle perspective médicamenteuse, elle prendra sans doute le chemin des oubliettes de l'Histoire.

Depuis 2000, l'imagerie a pris une troisième dimension (3D), ce qui a permis à Nhin Gogtay et coll. de suivre le développement cérébral de douze enfants (six filles et six garçons) souffrant de SDP à début très précoce, c'est-à-dire avant 16 ans : on n'arrête pas le progrès. Quand se penchera-t-on sur la SDP *in utero* ? Mais à quoi peut bien servir la découverte d'une croissance plus lente de la substance blanche de l'hémisphère droit des SDP ? Eh bien, je vous le donne en mille : « Les cartographies de la vitesse de croissance du cerveau chez

les schizophrènes peuvent servir de *marqueur de substitution* dans les études sur la schizophrénie », estiment Gogtay et coll.

Heureusement, il y a encore des équipes de chercheurs pour s'intéresser à la schizophrénie de l'adolescent. Il s'agit de SDP un peu moins précoces que les précédents : avant 18 ans. Les Français (unité mixte CEA-INSERM U797) et les Britanniques (Institut de psychiatrie à Londres) ont mis en commun leur savoir-faire en matière d'IRM pour constater des altérations de la plicature du cortex temporal, impliquant des aberrations structurelles temporales supérieures et du sillon collatéral. Cela a été confirmé sur 51 jeunes patients de 16 ans en moyenne. Mais alors, pourquoi ne pas avoir étendu l'étude aux patients de 14 ans qui ont pu bénéficier d'IRM en 3D et dont on ne sait toujours rien des défauts de plicature temporale ? Cela aurait pu aider les chercheurs américains « à mieux comprendre les relations entre la clinique et le développement cérébral », et ainsi « préciser des régions cibles pour de nouvelles thérapeutiques ». Tout cela nous semble bien désordonné.

Aussi pourrions-nous être tentés de nous tourner vers la réalité virtuelle (RV) pour chercher des repères à moindres frais, puisque le matériel nécessaire se résume à une *webcam*, une Playstation et un *large screen*. Grâce à ces appareils qu'on trouve à un prix abordable chez Darty, on peut aisément pratiquer la technique de la « réalité augmentée ». Or, les schizophrènes souffrent justement d'un déficit d'action : « Le *monitoring* de l'action correspondrait [...] au suivi de l'action en cours grâce aux informations en *feed-back* qui en permettent l'ajustement. Le *monitoring* serait par ailleurs sous-jacent à l'expérience subjective qui accompagne l'action. L'adéquation entre la prédiction de l'action et ce qui en résulte est à la base de "l'agentivité". L'hypothèse de Frith sur la schizophrénie est ainsi celle d'une perte d'agentivité s'expliquant par un déficit du *monitoring* interne de l'action ne laissant au patient que la possibilité de recourir au *monitoring* externe pour prendre conscience [l'*insight* !] de son action et de ses effets. » Ouah ! Vous avez sans doute déjà deviné ce dont il s'agit : du syndrome d'influence et de l'automatisme mental (congrès de Blois, 1927). Enfin la grande clinique de Clérambault nous est restituée grâce à la RV et à l'équipe CNRS-UMR 7593 de la Pitié-Salpêtrière, ainsi qu'à C. Frith, auteur de *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia* (1992), qui leur sert de référence.

J'ai été un peu long, mais je vous dois encore les conclusions des auteurs : « Pour certains apprentissages (remédiations), les robots se révèlent plus efficaces que les humains, justement parce qu'ils sont moins compliqués et par là même plus décodables ; en miroir, notamment, il ne sont pas gênés autant que les humains » (cf. « Le stade du miroir », 1936, 1949).

Et, pendant ce temps-là, les humains s'activent : R. Freedman et coll. du département de psychiatrie de l'université du Colorado (Boulder) ont montré que l'usage d'un agoniste nicotinique partiel semblait « améliorer les symptômes négatifs de la schizophrénie, généralement résistants aux traitements anti-psychotiques antagonistes de la dopamine ». Nous ne nous étonnerons plus de voir autant de patients schizophrènes fumer comme des pompiers. Nous savions déjà depuis longtemps qu'ils s'automédiquaient à la nicotine, sans avoir besoin de recourir au diméthoxybenzylidène anabaséine (ou DMXB-A) développé par la société CoMentis. Il n'est cependant pas assuré qu'ils puissent continuer encore longtemps à tirer sur leurs Marlboro à dose thérapeutique depuis que l'usage en est interdit dans les bistrotts et les services de psychiatrie.

21 octobre 2008.